

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
División de Incapacidades del Desarrollo
PLAN DE APOYO INDIVIDUAL (ISP)

REVISION DEL COORDINADOR DE APOYO DEL PLAN ISP

NOMBRE DEL INDIVIDUO (<i>apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre</i>)	NUMERO ASSISTS
---	----------------

ELEGIBILIDAD

ALTCS TSC DDD (solamente)

FRECUENCIA

90 días 180 días Otra

PERSONAS PRESENTES DURANTE LA REVISION (*favor de incluir títulos y nombre de la agencia, si son pertinentes*)

LOCAL DE LA REVISION	FECHA DE LA REVISION
----------------------	----------------------

OTROS MIEMBROS DEL GRUPO CONSULTADOS

Nombre/Título	Agencia	Fecha de la comunicación

Use el espacio a continuación para escribir descripciones de lo siguiente:

1. Su interacción con la persona a quien sirve. Anote cambios significativos a partir del último ISP y el progreso logrado
2. Cómo ve la persona responsable el progreso del individuo hacia las metas/los objetivos, su nivel de satisfacción con los servicios y proveedores, y sus inquietudes acerca de las necesidades no servidas. Documente los esfuerzos para obtener los servicios y apoyos necesarios
3. Cómo ven los proveedores y otros miembros del grupo el progreso del individuo, y sus inquietudes acerca de las necesidades no servidas
4. Cambios en el estado médico y funcional del individuo, tales como cambio del médico de cuidado primario (PCP), visitas a médicos u hospitalizaciones, cambios en órdenes médicas, evaluaciones nuevas o seguimiento a evaluaciones o citas previas, cambios de medicamentos, equipo médico duradero o condición de salud mental
5. Comentarios/inquietudes acerca de la comunicación o documento QBHP inicial o trimestral, e
6. Indique los cambios en la elegibilidad del individuo a partir de la última revisión.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible que necesita para acomodar su incapacidad. Favor de llamar al 602-542-6825.

7. LA PANTALLA DE COBROS/FINANCIERA MUESTRA EL CODIGO DE SEGURO CORRECTO, INCLUSO "ZA" PARA INDIVIDUOS ELEGIBLES PARA TSC
 Sí No N/A

8. SI HAY EVALUACIONES PROFESIONALES NUEVAS, TODO EL SEGUIMIENTO NECESARIO HA SIDO REALIZADO
 Sí No N/A

9. SE HA RECIBIDO INFORMES DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS EN RELACION A TODOS LOS OBJETIVOS, INCLUSO LA SALUD MENTAL & TERAPIAS
 Sí No N/A

10. SE HA LOGRADO PROGRESO HACIA TODAS LAS METAS Y LOS OBJETIVOS
 Sí No N/A

11. EL INDIVIDUO RECIBE CON REGULARIDAD LOS SERVICIOS LISTADOS EN EL PLAN ISP
 Sí No N/A

12. LOS SERVICIOS O CAMBIOS DE SERVICIOS EN EL PLAN ISP SON COMPATIBLES CON EL PLAN DE SERVICIOS ASSISTS
 Sí No N/A

13. TODOS LOS SERVICIOS INDIRECTOS, INCLUSO LOS EDUCATIVOS Y VOCACIONALES, ESTAN REGISTRADOS EN ASSISTS PARA EL AÑO FISCAL EN
 Sí No N/A

14. ESTOS SERVICIOS (*directos e indirectos*) SON SUFICIENTES Y APROPIADOS PARA SATISFACER LAS NECESIDADES DEL INDIVIDUO
 Sí No N/A

15. SI EL INDIVIDUO ESTA EN ESPERA DE SERVICIOS, LE HAN OFRECIDO O RECIBE SERVICIOS ALTERNATIVOS
 Sí No N/A

16. SI EL INDIVIDUO NO HA UTILIZADO SERVICIOS DURANTE LOS ULTIMOS 90 DIAS, AUN HACEN FALTA LOS SERVICIOS DE ALTCS (*explique*)
 Sí No N/A

17. LOS SERVICIOS CUESTAN MENOS DEL 80% DE CUIDADO EN UNA INSTITUCION.
 Sí No N/A

18. HAN CONCLUIDO LAS ASIGNACIONES DEL GRUPO EN EL ISP MAS RECIENTE Y LAS REVISIONES SUBSECUENTES (*incluso el aviso de que han comenzado los servicios*)
 Sí No N/A

19. HA HABIDO ALGUN CAMBIO EN LAS ASIGNACIONES DE PBHP/QBHP
 Sí No N/A Nombre _____ Título _____

20. SE HA REGISTRADO EL CODIGO DE SALUD MENTAL ASSISTS CORRECTO
 Sí No N/A

21. SI LA PERSONA RECIBE MEDICAMENTOS PSIQUIATRICOS/PSICOTROPICOS, SON EFECTIVOS Y NO LE HAN CAUSADO EFECTOS ADVERSOS
 Sí No N/A

22. EL INDIVIDUO/LA PERSONA RESPONSABLE ESTA SATISFECHO CON EL PLAN DE SALUD/PCP (*médico de cuidado primario*) Y EL CUIDADO DE SEGUIMIENTO MEDICO
 Sí No N/A

23. EL INDIVIDUO/LA PERSONA RESPONSABLE SABE UBICAR RECURSOS EN LA COMUNIDAD (*tales como vivienda, beneficios del gobierno, etc.*)
 Sí No N/A Asistencia ofrecida/necesaria (*describa*) _____

Si respondió que "No" a alguna de las preguntas anteriores, escriba y explique a continuación los remedios necesarios (*si necesita más espacio, utilice el formulario DD-500-A*)

SOLO PARA TSC: EL INDIVIDUO O LA PERSONA RESPONSABLE DESEA HACER ALGUN CAMBIO EN EL TIPO O LA FRECUENCIA DE COMUNICACIONES
 Sí No Tipo _____ Frecuencia _____

- ◆ De ser pertinente, llene el PRE-PAS de TSC o DDD individual y recomiéndelo a ALTCS
- ◆ Si como resultado de esta revisión es necesario cambiar el ISP de la persona, llene e incluya el formulario DD-224, de
- ◆ Imprima la pantalla del Plan de Servicios ASSISTS actualizada e incluyála con esta revisión en el archivo del cliente

FIRMA DEL COORDINADOR DE APOYO	NOMBRE DEL COORDINADOR DE APOYO (<i>con letra de molde</i>)	FECHA
--------------------------------	---	-------